

”Hela min resa har varit en process som har växt fram efter de diken jag trillat i”

En kvalitativ studie om vägen ur beroende

Jenny Hagström

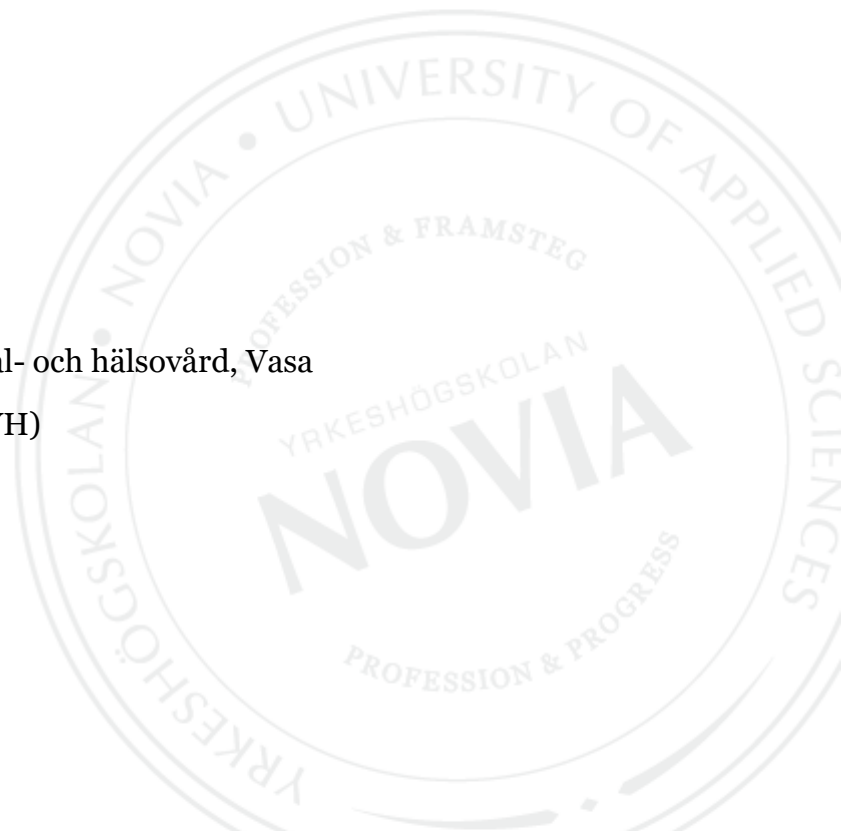
Jennie Holmqvist

Rebecka Ingves

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Hagström, Jennie Holmqvist & Rebecka Ingves

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: "Hela min resa har varit en process som har växt fram efter de diken jag trillat i" En kvalitativ studie om vägen ur beroende

Datum 8.11. 2016

Sidantal 34

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka hur personer som lider av beroende upplever förändringsprocessen ur beroendet. I studien ville respondenterna få fram hur personerna kom till vändpunkten att ta sig ur sitt beroende samt hur de upplevde vården och känslorna kring detta. Frågeställningarna i examensarbetet är: Hur kan ett beroende uppstå? Hur upplever personer med beroende vården och vägen ur beroendet?

Som teoretisk utgångspunkt har respondenterna valt att använda sig av Proschaska och DiClementes (1986) förändringsmodell samt Wiklund Gustins (2010) teori om värdighet och skam. Utgående från syftet och frågeställningarna har respondenterna formulerat ett frågeformulär som sex stycken personer med beroende svarade på.

Som datainsamlingsmetod användes frågeformulär och som dataanalysmetod användes innehållsanalys.

I resultatet framkom att arv och miljö är en bidragande faktor till att utveckla ett beroende. Orsaken till uppsökande av vård var förändringar i livssituationen samt dålig hälsa. Personerna upplevde att de i något skede "nått botten" och behövde en förändring. De flesta upplevde vården som positiv men ansåg att tröskeln för att söka vård var hög. I resultatet framkom också att tillfrisknandet är en pågående process som aldrig tar slut.

Språk: Svenska

Nyckelord: tillfrisknande, tillfrisknande från, missbruk, beroende

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jenny Hagström, Jennie Holmqvist & Rebecka Ingves

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaajat: Marlene Gädda

Nimike: "Hela min resa har varit en process som har växt fram efter de diken jag trillat i"
Laadullinen tutkimus tie ulos riippuvuudesta

Päivämäärä 8.11.2016

Sivumäärä 34

Liitteet 1

Tiivistelmä

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten ihmiset kokevat tiensä ulos riippuvuudesta. Tutkimuksen tekijät halusivat tutkia, miten ihmiset tulivat käännekohtaan, joka sai heidät pääsemään eroon riippuvuudestaan. Minkälaisia tunteita heillä heräsi hoidon aikana. Lopputyön kysymyksenasettelu on: Miten riippuvaiset henkilöt kokevat hoidon ja tien pois riippuvuudesta?

Proschaskan ja DiClementen (1986) muutosmallia ja Wiklund Gustinin (2010) teoria ihmisarvosta ja häpeästä on käytetty teoreettisena lähtökohtana tässä tutkimuksessa. Tavoitteen ja kysymyksenasettelusta lähtien vastaajat ovat muotoilleet kyselylomakkeen johon kuusi riippuvaista henkilöä ovat vastanneet. Tiedonkeräysmenetelmänä käytettiin kyselylomakkeita ja tiedoan alyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä.

Tulos osoitti, että perinnöllisyys ja ympäristö ovat osatekijöinä kehittämässä riippuvuutta. Syynä hoitoon hakeutumisessa oli muutokset elämäntilanteissa ja huono terveys. Ihmiset kokivat, että he olivat jossain vaiheessa "käyneet pohjalla" ja tarvitsivat muutosta. Suurin osa vastaajista koki hoidon positiivisena, mutta sanoivat että kynnys oli korkea avun hankkimisessa. Tulos osoitti myös, että toipuminen on jatkuva prosessi, joka ei lopu koskaan.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: toipuminen, väärinkäyttö, riippuvuus

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Hagström, Jennie Homqvist & Rebecka Ingves

Degree Programme: Nurse

Supervisors: Marlene Gädda

Title: "Hela min resa har varit en process som har växt fram efter de diken jag trillat i" A qualitative study about recovering from addiction

Date 8.11.2016 Number of pages 34

Appendices 1

Summary

The aim of this qualitative study is to investigate how people suffering from addiction are experiencing the change from dependency. In the study, the respondents wanted to find out how people came to the turning point to get out of their addiction and how they experienced the care and feelings about this. The research questions for the study is: How can addiction occur? How do people with addiction experience the care and recovering from addiction?

As theoretical premise, the respondents have chosen to use Proschaska and DiClemente's (1986) trans-theoretical model and Wiklund Gustins (2010) theory of dignity and shame. Based on the purpose and questions, the respondents formulated a questionnaire that six addicts responded to. As the data collection method, the respondents used a questionnaire and as data analysis method, the respondents used content analysis.

The result showed that heredity and environment is a contributing factor to developing an addiction. The reason for seeking treatment were changes in their life situations, and poor health. The persons felt that they at some stage hit "rock bottom" and needed a change. Most people experience care as positive, but felt that the threshold for seeking care was high. The result also showed that recovery is an ongoing process that never ends.

Language: Swedish

Key words: misuse, abuse, addiction, recovery, recovering from

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Teoretisk utgångspunkt	2
3.1 Proschaskas och Diclementes syn på förändring	2
3.2 Skam och värdighet enligt Wiklund Gustin	3
4 Teoretisk bakgrund.....	4
4.1 Vad är ett beroende	4
4.2 Beroende och missbruk	5
4.3 Riskfaktorer.....	6
4.4 Olika beroenden	7
4.5 Behandlingar	10
4.6 Vägen ur beroendet	13
4.7 Sjukskötarens arbete.....	14
5 Tidigare forskning	15
6 Genomförande av undersökningen.....	19
6.1 Val av informanter	20
6.2 Datainsamlingsmetod	20
6.3 Dataanalysmetod	21
6.4 Etiska överväganden	21
7. Resultat	22
7.1 Bakgrund och uppkomsten av beroende	23
7.2 Vägen ur beroendet och upplevelser av vården.....	25
8 Tolkning	28
8.1 Tolkning av resultatet mot teoretisk utgångspunkt	28
8.2 Tolkning av resultatet mot teoretisk bakgrund.....	29
8.3 Tolkning av resultatet mot tidigare forskningar	30
9 Kritisk granskning	31
9.1 Perspektivmedvetenhet.....	31
9.2 Intern logik.....	31
9.3 Etiskt värde.....	32
9.4 Validitet.....	32
10 Diskussion	33

Källor	35
--------------	----

Bilageförteckning

Bilaga 1	Frågeformulär
----------	---------------

1 Inledning

Att vara beroende kan man på ett enklare sätt säga är när man upplever sig ha svårt att leva utan något. Man kan utveckla beroende för många olika saker, men de mest förekommande är spelberoende, alkoholberoende, narkotikaberoende, sexberoende eller läkemedelsberoende (Droglänken).

Syftet med studien är att få en djupare förståelse för hur beroendeprocessen upplevs för personer med beroende. Med detta menas vad som orsakar ett beroende samt hur vägen ur beroendet upplevs. Respondenterna vill få fram vilka känslor det väcker, hurudana svårigheter personerna stöter på, om det finns några speciella orsaker som gjorde att beroendet uppkom samt vad som var orsaken till vändpunkten. Respondenterna vill även få reda på om personerna tycker att vården är tillräcklig eller om det finns någonting som borde ändras. Ämnet valdes eftersom området intresserar respondenterna.

När man talar om beroende finns det ett annat ord som också associeras med detta, nämligen missbruk. När respondenterna började med denna studie märkte de att många blandar på begreppen. Även när man talar med andra människor märker man att orden beroende och missbruk används på fel sätt, eftersom de betyder olika saker. Det finns vissa kriterier för vad ett beroende och ett missbruk är.

Ett beroende är ett allvarligare tillstånd än ett missbruk (Sternebring, 2011). Detta beror på att när en människa har utvecklat ett beroende av något slag, betyder det att personen inte fungerar på samma fysiologiska sätt som tidigare. Denna förändring har påverkat beteendet hos personen, vilket i sin tur har påverkat det sociala liv som personen tidigare haft (Heilig, 2004, s. 27–33).

Kortfattat kan man säga att missbruk är när man vid upprepade tillfällen använder alkohol eller droger på ett sådant sätt att det leder till nya eller återkommande problem (Drugsmart). Man kan ha ett missbruk utan att ha ett beroende. Diagnosen missbruk använder man bara om kriterierna för ett beroende inte uppfylls. Missbruk kan då betyda att om man till exempel är alkoholmissbrukare, så missköter man sitt arbete, sina studier eller utsätter sin hälsa för fara genom att man dricker. Man har alltså inget sunt förhållande till drickandet. (Heilig, 2004, s. 27–33)

Att en person väljer att ta sig ut ur sitt beroende beror oftast på förändringar i livssituationen eller nya prioriteringar i livet. Olika forskare har utvecklat modeller för att beskriva

processen ut ur beroendet. Det som de alla har gemensamt är att det uppstår en vändpunkt i personens liv där denne bestämmer sig för att en förändring skall ske. Detta beskrivs som att personen nått botten och är redo för att ändra sin livsstil. (Von Grieff & Skogens, 2012)

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att få en djupare förståelse för hur beroendeprocessen upplevs för personer med beroende. Med detta menas vad som orsakar ett beroende samt hur vägen ur beroendet upplevs. Studien fokuserar mest på vägen ur beroendet men även bakgrunden till beroendet valdes att ta med för att lättare förstå beroendeprocessen. Respondenterna vill få fram vilka känslor det väcker, hurudana svårigheter personerna stöter på, om det finns några speciella orsaker som gjorde att beroendet uppkom samt vad som var orsaken till vändpunkten. Respondenterna vill även få reda på om personerna tycker att vården är tillräcklig eller om det finns någonting som borde ändras. Ämnet valdes eftersom området intresserar respondenterna.

Frågeställningarna respondenterna kommer att utgå ifrån är:

1. Hur kan ett beroende uppstå?
2. Hur upplever personer med beroende vården och vägen ur beroendet?

3 Teoretisk utgångspunkt

Respondenterna har valt att använda sig av Proschaska och Diclementes (1986) förändringsmodell samt Wiklund Gustins (2010) teori om värdighet och skam som teoretisk utgångspunkt.

3.1 Proschaskas och Diclementes syn på förändring

Olika teorier och modeller inom beroendevården förbättrar sjukskötarens effektivitet i sitt arbete. Det hjälper också sjukskötaren att få mera kunskap om och förståelse för olika beroenden, vilket resulterar i bättre behandlingsresultat. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000)

I vården av beroenden kan förändringsmodellen användas för att maximera behandlarens kunskaper om olika stadier som en person går igenom på vägen ur ett beroende. Proschaska och Di Clementes (1986) förändringsmodell, som respondenterna hänvisar till i arbetet, kan användas som en teoretisk referensram för sjukskötare. Genom att anpassa sig till förändringsstadiet som Proschaska och DiClemente beskriver ökar sannolikheten för att sjukskötaren ska lyckas med vården och för att vården ska ge goda resultat. (Gyllenhammar, 2007)

Proschaska och DiClemente (1986) beskriver fyra olika stadier. Det första stadiet beskrivs som ett oreflekterat stadium: personen har inte planerat att sluta med sitt beroende. Beroendet är inget problem för personen. I detta stadie kan det vara så att anhöriga, arbetsgivare eller vårdare har märkt att det finns ett problem och har försökt påpeka detta för personen. Personen i fråga vill dock inte inse att det finns ett beroende och bryr sig inte om vad andra säger. Det andra stadiet är övervägandestadiet: personen börjar fundera kring detta, begrundar om han/hon ska sluta eller inte. I detta skede börjar personen förstå att något är fel –att det kanske börjar vara dags att ta tag i sitt liv och söka hjälp. Det tredje stadiet beskrivs som ett handlingsstadium: personen fattar beslutet och söker hjälp. Det fjärde stadiet är vidmakthållandestadiet: personen har förändrat delar av sitt liv och beroendet börjar bli allt mera avlägset.

Men i förändringsprocessen hör det dock till att personen får återfall och återgår till gamla ovanor. Detta framställer Proschaska och DiClemente som en del av förändringsprocessen. Återfallen är en lika stor del av förändringen som de andra stadierna. Varje återfall för på nytt individen in i ett stadium av övervägande. Givetvis kan personen också bestämma att problembeteendet inte utgör något problem och därefter återgå till gamla ovanor. (Gyllenhammar, 2007)

3.2 Skam och värdighet enligt Wiklund Gustin

Det hör till människans natur att känna gemenskap med sin omgivning och känna sig accepterad. Om man blir förnekad att vara sig själv tas värdigheten ifrån en och man kan börja känna skam inför andra. Lena Wiklund Gustin (2010) har bildat en teori om värdighet och skam. Hon beskriver värdigheten som en rättighet, att varje människa ska få bli accepterad. Wiklund Gustin (2010) anser att ansvaret att visa respekt gentemot sina medmänniskor ligger hos varje enskild individ. Om man blir förnekad att vara den man är uppstår ett djupt lidande.

Skam kan uppstå då man blir förödmjukad i något sammanhang. Wiklund Gustin (2010) delar upp skammen i sund och osund skam. Med sund skam menas att man vet när man handlat fel eller kränkt andra. Man kan säga att osund skam är när man blivit kränkt av en individ eller samhällets ouppnåeliga krav och ideal. Ett exempel på detta kan vara en person med alkoholberoende som inte blir accepterad för den han är på grund av sin sjukdom, detta eftersom han inte passar in i samhällets normer. Personen kan börja känna skam och isolera sig från omgivningen och värdigheten fräntas honom. Då uppstår ett lidande.

Alla individer hanterar den osunda skammen på olika sätt. Vissa anklagar sig själv, andra kanske skyller ifrån sig. Isolering och ignorering av skammen är också ett sätt att hantera den osunda skammen. För att få tillbaka sin värdighet måste man försonas med skammen och våga möta sitt lidande. (Wiklund Gustin, 2010)

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel har respondenterna valt att ta upp vad ett beroende är samt vad skillnaden mellan beroende och missbruk är. Respondenterna berättar även om vilka riskfaktorerna är och behandlar kortfattat några olika beroenden. I kapitlet tas det även upp vilka olika behandlingar det finns, hur vägen ur ett beroende beskrivits samt vilka sjukskötarens uppgifter är inom beroendevården.

4.1 Vad är ett beroende

Ett beroende är en process som oftast utspelar sig över ett flertal år, ibland över decennier. Det börjar ofta med en normal och kontrollerad användning av substansen. Grovt sett utvecklar ungefär 15–30% av de som använt en drog ett beroende. Eftersom det i hjärnan har skett förändringar som kan vara svåra att omställa när beroendet har utvecklats, är det svårt att återgå till en kontrollerad konsumtion när man passerat den så kallade ”point of no return”. (Heilig, 2004.s. 20)

När man utvecklat ett beroende av en substans sker olika fysiska förändringar i kroppen som gör att man utvecklar tolerans mot substansen (Jung, 2010.s. 66). Med tolerans menas att kroppen anpassar sig när man har använt en substans en längre tid. För att uppnå samma

effekt som tidigare måste man då höja dosen (Heilig, 2004.s. 24).

Man kan också utveckla korstolerans. Detta innebär att om man är tolerant mot ett visst ämne kan man också vara det mot ett annat, som man inte tidigare använt, eftersom dessa har en gemensam verkningsmekanism. Ett exempel är att om en person använt heroin och utvecklat tolerans mot detta, har personen även utvecklat tolerans mot kodein, eftersom de båda verkar vid samma opiatreceptorer. (Heilig, 2004.s. 24)

När kroppen utvecklat tolerans mot substansen kommer man att få symtom som tyder på abstinens när det gått ur kroppen (Heilig, 2004.s. 24). Symtomen är oftast motsatta mot de vad ämnet man är beroende av ger, vilket gör att man känner oro och ett stort behov av att få mera av substansen, och beroendet tar då över ens liv. Trots detta finns det personer som klarar av vardagen utan att omgivningen lägger märke till beroendet. (Jung, 2010.s. 66–67)

4.2 Beroende och missbruk

I folkmun används oftast beroende och missbruk i fel sammanhang. Begreppen påminner om varandra och det är troligtvis en orsak till att man blandar på dessa. För att tillståndet skall klassas som ett beroende kan man använda sig av diagnossystemet ICD-10. Om tre av följande kriterier kan uppfyllas under de senaste 12 månaderna klassas det som ett beroende. (Jung, 2010, s. 71)

Det finns sju olika kriterier som kan uppfyllas för att man ska kunna tala om ett beroende. De två första kriterierna är att personen utvecklat abstinens och tolerans. Ett beroende bildar tolerans hos personen, vilket betyder att personen kommer att behöva större dos av alkoholen eller drogen för att uppnå samma effekt som tidigare. Det är ofta abstinens, ett sent beroendesymtom, som gör att det blir nödvändigt att kontakta sjukvården. (Jung, 2010.s. 70–73)

Det tredje kriteriet, ”kontrollförlust”, betyder att man har tappat kontrollen över intaget och mängden har ökat under en längre tid. Det fjärde kriteriet är förknippat med kontrollförlusten. Personen förstår att användningen av alkoholen eller drogen är på väg att spåra ur och försöker övervinna kontrollen genom att ha vita perioder. Efter att personen nu varit vit en tid försöker denne återuppta användningen i hopp om att kunna hantera den bättre

än tidigare. Men personen kommer snabbt in i ett destruktivt missbruk igen. (Jung, 2010.s. 70–73)

Det femte och sjätte kriteriet hänger ihop: all tid och kraft läggs nu på drogrelaterad sysselsättning, såsom att införskaffa, konsumera och hämta sig från droganvändningen. Allt som varit viktigt tidigare i livet stängs ute. Alla viktiga aktiviteter såsom yrke, fritidsintressen och det sociala livet minskar eller ges upp helt. Det sjunde kriteriet omfattar fortsatt användning även om man har kunskap om skadeverkningarna. Flera beroendepatienter vet att om de fortsätter dricka så tar levern skada, eller om man fortsätter att ta heroin så kan det leda till döden på grund av andningsstillestånd. (Jung, 2010.s. 70–73)

Begreppet missbruk är ingen vanlig diagnos, på grund av att man bara använder denna diagnos om kriterierna för ett beroende inte blir uppfyllt. Man kan alltså ha ett missbruk utan att ha ett beroende. Missbruk kan betyda att man på grund av drickandet börjar missköta sitt arbete, sina studier eller att man utsätter sin hälsa för fara, eller att man ofta blir inblandad i bråk och misshandel under krogkvällar. Det kan också vara att man bråkar med sin partner eller med andra människor så att det leder till problem. (Heilig, 2004, s. 28)

Det finns fyra kriterier som man skall uppfylla för ett missbruk. Det första kriteriet omfattar upprepad användning av rusmedlet som leder till att man misslyckas med t.ex. sina skyldigheter på jobbet eller i hemmet. Man blir trött och okoncentrerad, presterar dåligt, har mycket frånvaro från arbetet och vansköter barn och hushåll. Det andra kriteriet innehåller upprepad användning av medlet i olika situationer som medför fysiska skador såsom bilkörning, hantering av olika maskiner på jobbet osv. Det tredje kriteriet, upprepad kontakt med rättvisan, betyder att man ofta har ett störande beteende som leder till att man hamnar i konflikter med människor. Det fjärde och sista kriteriet visar att man fortsätter användningen trots återkommande problem. (Heilig, 2004, s. 27–33)

4.3 Riskfaktorer

Benägenheten för att utveckla ett missbruk beror främst på arv och miljö. Till exempel blir endast ett fåtal av alla som testar på droger missbrukare, och har man genetiska anlag, d.v.s. om ena föräldern eller båda föräldrarna varit missbrukare, är risken större (Heilig & Håkansson, 2015). Problem i familjeförhållanden och psykiska problem i familjen inverkar också. Finns det psykiska sjukdomar hos föräldrarna är risken lite större att barnen utvecklar

ett beroende och missbruk. Övergrepp, trauman och posttraumatiskt stressyndrom inverkar också. Övriga faktorer som ökar risken för ett missbruk är låga inkomster, låg utbildning, manligt kön, att tillhöra en minoritet samt attityden man har gentemot droger och alkohol. (Isaksson, 2010)

4.4 Olika beroenden

Under denna underrubrik beskrivs några olika beroenden. Eftersom det finns många olika, valde respondenterna att skriva om de beroenden som informanterna hade.

Spelberoende

Spelberoende är ett vanligt fenomen. Som med alkohol- och drogberoende räknas också spelberoende som ett psykiatriskt tillstånd (Rindforth Gillgren, 2013). Ett spelberoende kan vara svårt att identifiera, eftersom de som har problem oftast försöker dölja detta (Jaakkola, 2009).

Att vara spelberoende betyder att personen med problemet inte kan kontrollera spelet längre. Problemet påverkar den beroendes liv som relationer, ekonomin och arbetet. Personen är ständigt ute efter mera pengar till spelet. Man kan då hamna i stora skulder, och spelarna ser enda utvägen som att spela mera för att kunna betala sina skulder. (Rindforth Gillgren, 2013)

Genom att ha ett spelberoende kan man utveckla psykiska, fysiska, sociala och ekonomiska problem. När man spelar kan man utveckla en depression. Detta innebär stora utmaningar inom vården, eftersom det kan vara svårt att identifiera vad depressionen beror på. (Jaakkola, 2009)

De som spelar menar att hasardspelen fungerar som underhållning, tidsfördriv eller till och med som en hobby. Man söker också spänning och risker. Spelen kan också vara en sorts utväg från andra vardagliga problem som personen upplever (Jaakkola, 2009). Några symptom på spelberoende kan vara: man blir irriterad och rastlös då man inte får spela, man vill ha revansch för ett förlorat spel, man tänker ständigt på spel, man ljugar om hur mycket man spelar eller att man förlorat eller äventyrat något viktigt på grund av spelet. (Rindforth Gillgren, 2013)

I Finland är det många som spelar hasardspel. Runt 130 000 finländare har på något sätt problem med spel. Om man misstänker att man lider av spelberoende skall man söka hjälp. I Finland finns Peluuri. Det är en telefontjänst samt websida som man kan söka sig till. Där får man hjälp vid akut spelberoende samt råd och vägledning. (Jaakkola, 2009)

Drogberoende

Att vara drogberoende är, som alla andra beroenden, farligt för hälsan. De som använder droger, använder det för dess påverkan på centrala nervsystemet. Tolv procent av finländare i åldern 15–69, har någon gång prövat på droger. Den vanligaste drogen i Finland är cannabis. Droger är en orsak till dödsfall och andra komplikationer som kräver sjukhusvård. De droganvändare som vårdas på sjukhus vårdas oftast på grund av ämnet eller sättet de använt drogen på. År 2003 var det 6500 fall av sjukhusvård där huvudorsaken var narkotika. Tar man med de fall som narkotika varit inblandad i blir det cirka 9000 fall. Cirka 150 personer dör varje år på grund av droger. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

Det finns många olika sorters droger. De vanligast förekommande i Finland är cannabis, amfetamin och opioider. Även blandmissbruk förekommer och blir allt vanligare. Blandmissbruk betyder att man använder till exempel alkohol, lugnande mediciner samt sömnmediciner på samma gång. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

Personer som har drogproblem kan ha svårt att ta kontakt med läkare, eftersom droger är olagligt. Viktigt att tänka på när en person som använder droger söker vård är att inte döma utan att försöka stödja personen. Oftast söker en person med drogproblem vård eftersom han har fått någon infektion, varit med om någon olycka i samband med droger, fått förgiftningssymptom, problem med blodcirkulationen eller abstinensbesvär. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

Eftersom alla ämnen som droganvändare använder har olika sätt att verka på kroppen, kan personerna ha olika symptom. Men de vanligaste man upptäcker är att personen är orolig, man kan urskilja märken från injektioner, pupillerna är utvidgade eller väldigt små och personen är aggressiv, paranoid eller slapp. Om man skall ta drogtest på patienten måste man ha dennes tillåtelse. Men i situationer som gör så att man behöver testet för att diagnostisera eller behandla en allvarlig sjukdom eller förgiftning så får man ta testet utan patientens medgivande. Om polisen ber om ett test, eftersom de misstänker att patienten varit påverkad i trafiken, får man också ta testet utan medgivande. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

Oftast har drogproblem samband med psykiska störningar. Att man använder drogen kan bero på att man har psykiska problem. Droganvändningen kan också orsaka psykiska problem. När man skall vårda en patient med drogproblem behövs ett samarbete mellan rusvården och den psykiatriska vården, eftersom läkemedlen som ska behandla beroendet också kan orsaka beroende. Därför är det viktigt att man väljer behandlingsmetoder och mediciner efter patientens individuella symptom och behov. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

Alkoholberoende

Att vara alkoholberoende betyder att man druckit så mycket alkohol att kroppen har vant sig vid det och inte vill vara utan det. Som med alla andra beroenden, bidrar det till problem inom andra områden som till exempel relationer, ekonomi och hälsan (Bengtsson, 2016). Belöningssystemet i hjärnan påverkas av alkohol. Om man har druckit och under tiden får positiva känslor, vill man dricka igen. När man inte får dricka får man abstinens som är olika känslor och obehag man vill lindra genom att dricka alkohol igen. Efter ett tag har man utvecklat ett beroende. (Lindholm)

Alkoholberoendet kommer långsamt. Det kan börja med att man bara dricker lite, för att sedan sluta med att man dricker varje dag. Man kan inte jämföra sitt drickande med någon annans efter som alla reagerar olika (Lindholm). Olika symtom på alkoholberoende kan vara: att man känner ett stort begär efter alkohol, man dricker mera alkohol än man tänkt sig, man kan inte minska på drickandet, man sätter drickandet framför annat som man annars skulle ansett vara viktigt, man måste dricka mera än tidigare för att bli berusad eller har abstinensbesvär (Bengtsson, 2016).

För att så smidigt som möjligt kunna sluta med drickandet kan det vara bra att bestämma för sig själv att man skall sluta och söka vård. Olika behandlingar man kan få är bland annat motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi och tolvstegsbaserande behandling. (Bengtsson, 2016)

Läkemedelsberoende

Att vara läkemedelsberoende betyder att man använder läkemedel på ett skadligt sätt. Det kan vara att man till exempel tar en medicinkur för säkerhets skull, avslutar en kur när man

upplever att symtomen har minskat eller att man använder medicinerna överdrivet mycket. (Holopainen, 2005)

De vanligaste medicinerna som en person med läkemedelsberoende använder sig av är läkemedel som påverkar nervsystemet och känslor. Dessa kan vara lugnande mediciner som bensodiazepiner och barbiturater, smärtstillande läkemedel som morfin, amfetaminliknande läkemedel som används som bantningspreparat samt hostmediciner som innehåller kodein eller efedrin. Oftast används dessa i samband med alkohol, vilket är livsfarligt. (Holopainen, 2005)

För att förhindra denna typ av missbruk och beroende följs läkemedelsanvändningen upp av läkare. Men trots detta är det många som använder läkemedlet fel. Risken för dödsfall i samband med läkemedelsmissbruk är stor. Om beroendet har blivit så stort att man inte på egen hand klarar av att komma ur det finns det professionell hjälp att få. Man kan vända sig till ungdomsmottagningar, A-kliniker och olika specialpolikliniker där de behandlar detta. Dessa är bland annat narkomanvårdspolikliniken i Kurvi, enheten för narkotikaavvänjning HUCS och Rävvägens A-klinik belagd i Helsingfors. (Holopainen, 2005)

4.5 Behandlingar

Det finns olika behandlingar inom beroende- och missbrukarvården. Man använder sig av olika behandlingsmetoder beroende på vilket missbruk eller beroende man har. Klarar personen sig inte längre i vardagen och missbruket eller beroendet tar överhand bör man söka hjälp. Man kan få vård på t.ex. ett vårdhem eller genom öppenvården, eller med hjälp av särskilda insatser eller terapi. (Nestor, 2013)

Vården sker främst inom öppenvården men bedömer man att beroendet är svårhanterligt kan man få anstaltsvård. Öppenvård innebär att klienten bor hemma och kommer till vårdinrättningen för vård med jämna mellanrum. Socialterapeuten, sjukvårdaren eller läkaren bestämmer vilken typ av vård klienten behöver och om terapi behövs. (Päihdelinkki)

Valet att vårdmetod har stor betydelse och den väljs individuellt. Faktorer som inverkar kan vara hurudant missbruk man har, kön, motivationen, tidigare behandlingar och medicinska, sociala och fysiska faktorer. (Bergström, 1996, s. 87) Anstaltsvård innebär att man bor på en avgiftsansstalt under den tid som behövs. Man har som mål att avsluta klientens beroende

och att behandla klientens abstinensbesvär och de eventuella skador som uppkommit på grund av beroendet. Tar vården en längre tid kan man få långvarig anstaltsrehabilitering, vilket innebär att man får lära sig att leva utan det man var beroende av, hur man handskas med vardagliga situationer och man har tid att ordna upp sitt liv igen. Efter vården kan man ta hjälp av stödtjänster i form av stödbostäder eller dagcentraler. (Päihdelinkki)

Psykoterapeutisk behandling

Psykoterapeutisk behandling kommer främst från psykodynamisk psykologi med Freuds psykoanalys som grund. I den psykodynamiska teorin anses missbruket vara en följd av störningar i de individuella jag-funktionerna, som t.ex. ”jagsvaghet” och bristande impulskontroll, vilket kan leda till självmedicinering i form av rusmedel. Det finns olika typer av psykoterapeutiska behandlingar som t.ex. jag-stödande terapi, pragmatisk psykodynamisk psykoterapi, interaktionell terapi och transaktionsanalys. I denna terapiform har man som mål att bygga upp individens personlighet igen. Man går också till botten med orsaken till missbruket, som i många fall kan bero på bristande relationer till föräldrarna och traumatiska upplevelser, vilket lett till en dålig självkänsla och psykiska och sociala störningar. Klienten lär sig med hjälp av terapin att kontrollera sina känslor, förstå konsekvenserna av sina handlingar och att få en bättre självkänsla. Terapin kan ske individuellt eller i grupp och den kombineras ofta med andra behandlingsformer så som kognitiv beteendeterapi och 12-stepsprogram. (Berglund m.fl., 2000, s. 59–66)

Kognitiv beteendeterapi

Inom kognitiv beteendeterapi (KBT) utgår man från att missbruket har sin grund i dysfunktionella och felinlärda kognitiva och beteendemässiga mönster. Med KBT söker man sambandet mellan ett visst beteende och rusmedelsproblemet. Man försöker förändra detta beteendemönster som skapar problemet och ersätta det med ett mer fungerande beteende hos klienten själv och ibland också hos klientens anhöriga. Man förebygger eventuella återfall och tränar upp de sociala färdigheterna så som kommunikationen med andra, att kunna tacka nej till rusmedel och utnyttja det stöd som finns. KBT inom missbrukarvården innehåller också familje- eller parterapi. (Berglund m.fl., 2000, s. 67– 69)

Psykosocial behandling

I den psykosociala behandlingen fokuserar man på de individuella, psykiska, sociala och relationsmässiga problem som orsakar missbruket. Man kan rikta in sig både på individen själv eller familjen och de faktorer runt om som kan inverka. Community reinforcement approach (CRA) är en form av psykosocial behandling. CRA går ut på att belöna och förstärka de beteenden som leder till en viss handling, i detta fall nyktert beteende. Man ser på de kognitiva samt de beteendemässiga aspekterna som t.ex. missbrukarens familjeliv, fritid och arbetssituation. Under denna behandling måste klienten vara nykter i 90 dagar och man sätter upp olika mål som kan involvera t.ex. nykterhet, karriärsframsteg, familjerelationer, vanor o.s.v. Man diskuterar hur man ska uppnå dessa mål och sätter upp en plan över vilka färdigheter som måste tränas på. CRA innehåller också återfallsprevention och familjerådgivning. (Berglund m.fl., 2000, s. 76–81)

Minnesota- eller 12-stegsmodellen

Minnesotamodellen har sin grund i Anonyma Alkoholisters (AA:s) 12 steg till ett tillfrisknande från alkoholism. Det går ut på att tillsammans i en grupp med andra alkoholister gå igenom de så kallade 12 stegen. På senare tid har dessa 12 stegen tillämpats inom andra områden än alkoholism också, t.ex. vad gäller narkotikamissbruk eller relationsproblem. De 12 stegen innebär bland annat att erkänna sin maktlöshet inför rusmedlet men också att få hjälp av en ”högre makt”, att man granskar sig själv och erkänner sina brister och fel och att gottgöra de människor man står i skuld för på grund av sitt missbruk. Det sista steget i programmet när man kommit underfund med sina egna problem är att sprida budskapet om AA:s 12-stegsprogram vidare till andra missbrukare. Behandlingsmodellen har utvecklats och finns idag i olika varianter och former vad gäller t.ex. programmets struktur eller längd. (Berglund m.fl., 2000, s. 81–82)

Programmet har idag oftast heller inte en religiös inriktning. Samarbete och att få stöd från andra i samma situation spelar en central roll i minnesotamodellen. I stället för att enbart behandla patienten involverar man också patientens anhöriga och arbetsplats. (Mattzon, 2007, s. 19–20)

Behandlingen är oftast en fyra veckor lång institutionsvård, men behandling inom öppenvården finns också idag. Den fyra veckor långa behandlingen innehåller avgiftning, undervisning om sjukdomen, konfrontation (anhöriga eller arbetskamrater kan konfrontera missbrukaren med de skador han åstadkommit), AA-möten, en plan över tillfrisknandet och farmakologisk behandling. (Berglund m.fl., 2000, s. 83)

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling används för att lindra abstinensbesvär, som aversionsbehandling och för att behandla psykiatriska problem hos missbrukaren. Man kan med hjälp av läkemedel som t.ex. Antabus påverka alkoholberoendet genom att minska på återfallsrisken och alkoholkonsumtionen (Berglund m.fl., 2000, s.83–84). Mediciner mot alkoholberoende kan göra så att antingen alkoholsuget eller alkoholens positiva effekter minskar, vilket gör att man har lättare att sluta dricka. (Nestor, 2013)

Metadon och Buprenorfin (Subutex) kan användas vid opiatberoende (t.ex. heroin, morfin, kodein) och behandlingen kan i många fall vara livslång i kombination med rehabilitering. För centralstimulantiaberoende (t.ex. kokain, amfetamin, syntetiska droger) finns ännu inte något specifikt läkemedel, dock kan Naltrexon minska risken något för återfall vid amfetaminberoende (Franck, 2016). Detta läkemedel minskar den positiva effekten, suget efter och abstinensen av droger, vilket gör det lättare att kunna avvänja och rehabilitera personen (Käll, 2010).

4.6 Vägen ur beroendet

Tidigare forskningar om hur man kommer fram till vändpunkten att ta sig ur ett beroende visar att det oftast är något som sköter sig själv på grund av förändrade levnadsvanor eller att andra prioriteringar blir viktigare. Det är en så kallad mognadsprocess, både när det gäller alkohol och narkotika, som kan bero på missbrukarens ålder eller yttre händelser, som t.ex. sjukdom (Tucker m.fl.,1994) eller pensionering. Också förändrade sociala omständigheter kan spela en roll i mognadsprocessen (Kristiansen, 2009).

Man kan också beskriva förändringen som en process i flera olika steg. Det som de alla har

gemensamt är en vändpunkt i missbrukarens liv. Denna vändpunkt kan vara både något positivt och negativt som får missbrukaren att vilja börja förändringsprocessen. Vissa forskare beskriver denna vändpunkt som ”rock bottom”, andra som en existentiell kris. När gränsen är nådd är missbrukaren redo att påbörja förändringen. (Von Grieff & Skogens, 2012)

Studier på klienters egna berättelser visar att varje enskild väg ut ur missbruk har sin egna, unika process men att samspelet mellan enskilda förutsättningar, relationer, händelser och strukturella faktorer påverkar en hel del. Stöd från omgivningen och positiva och negativa vändpunkter spelar en stor roll i det hela. Enligt andra studier finns det andra viktiga omständigheter för att upprätthålla förändringen, så som socialt stöd, att kunna se det positiva i att ha slutat missbruka och förmågan att kunna tänka och handla annorlunda än tidigare. (Von Grieff & Skogens, 2012)

Sammanfattningsvis är tillfrisknandet för en person med beroende en ständigt pågående process, där det gäller att bryta sina beteendemönster och inte falla tillbaka. Den egna viljan och beslutsamheten spelar störst roll men också hälsotillståndet, det sociala stödet och själva behandlingen av missbruket. (Von Grieff & Skogens, 2012)

4.7 Sjukskötarens arbete

Rehabiliterande vård, behandling av sjukdomar och lindring av beroendet är en stor del av sjukskötarens arbete inom beroendevården. Som sjukskötare är man också informant, rådgivare och vägledare för personer som har olika beroendeproblem. Som sjukskötare kan man stöta på människor med olika sorters missbruk och beroenden på hälsostationer, på sjukhusavdelningar, inom psykiatri och olika behandlingsenheter för missbrukare. Man erbjuder olika alternativ till vård och ger information om vart man skall söka sig för att få den vård man behöver. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000)

Man ska ha kunskap om vad beroendet kan göra åt en människa, eftersom ett rusmedelsmissbruk som varit ihållande och långvarigt kan påverka kroppen på många olika vis. Man ska kunna tyda olika symtom som kan uppstå till exempel vid alkoholism eller vid ett drogberoende. Ett alkoholberoende har samband med psykiska problem såsom depressioner och ångest, men även somatiska problem som till exempel anemi, blodtrycksrubbingar, leversjukdomar och nervsystemsruddningar. Det är också viktigt att

veta vilka sjukdomar som kan uppstå till följd av ett långvarigt rusmedelsmissbruk. (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010)

Som sjukskötare inom beroendevården motiverar man personerna som behöver hjälp och ser till att de förstår risker och problematik som uppstår då man lider av ett beroende. Man stöder, uppmuntrar och motiverar för att personerna skall uppnå bästa möjliga resultat. Sjukskötare finns alltid med i droganvändarens vardag och på detta sätt lär man denne att få tillbaka livskraften, att hålla kvar viljan att gå mot en förändring och det viktigaste: att upprätthålla det man åstadkommit så att personen inte faller tillbaka i samma gamla ovanor. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000)

Sjukskötaren jobbar inte ensam med personen, utan man jobbar i ett team tillsammans med läkare, vårdare, anhöriga, olika myndigheter och eventuella arbetsplatser och arbetsgivare. Detta betyder att det inte enbart handlar om personen som lider av beroendet utan det blir ett stort nätverk som sjukskötaren skall kunna samarbeta med. Sjukskötare som jobbar med personer som lider av olika beroenden måste ha god social kompetens för att kunna hjälpa på bästa möjliga sätt eftersom en av de viktigaste behandlingsmetoderna är att kunna lyssna, stöda och ge råd. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000)

Som professionell sjukskötare är det viktigt att tänka på bemötandet av personen. Det är det första intrycket som är det viktigaste då man inom vården ska behandla en person med ett beroende. Ett professionellt empatiskt bemötande förverkligas om sjukskötaren har förmågan att behandla personen som en medmänniska och inte dömer denne. Det är också viktigt att det bildas en god vårdrelation redan i början av vården mellan sjukskötare och personen som söker vård, om det byggs upp ett förtroende så känner sig denne trygg. Om man som sjukskötare visar en tillmötesgående och neutral attityd kan detta minska på ångest och stress vilket resulterar i att personen med beroendet kan ta in hjälp och fokusera på att bli frisk. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000)

5 Tidigare forskning

I detta kapitel presenteras tidigare forskning som gjorts inom ämnet. Databaserna respondenterna använde sig av och där de fick mest resultat var Ebsco host, Cinahl och Pubmed. Sökorden som användes var främst "recovery", "recovering from", "misuse",

”abuse” och ”addiction”. Respondenterna valde att använda sig av forskning från 1999 till 2015, eftersom de ansåg att äldre forskning också var relevant. Eftersom beroende också uppkommer i andra kulturer, valde respondenterna att även använda sig av forskning från andra länder.

I Hänninens och Koski-Jännes (1999) studie är syftet att se på hur personer som kommit ut ur ett beroende förstår och framställer sin förändringsprocess och vad det var som fick personerna att påbörja förändringen. Undersökningsmaterialet bestod av 51 berättelser skrivna av personer som haft ett beroende av alkohol, droger, hetsätning, rökning, sex eller spelande. Resultatet var att viljan att förändras började när de beroende nådde botten och att fortsätta med beroendet kändes lika svårt som att sluta med det. Insikten av att det var en sjukdom de hade och stödet från andra som gått igenom samma sak på t.ex. AA-möten hjälpte dem att komma ur sitt beroende. För andra hjälpte det att hitta kärleken och känna sig älskad igen och vissa behövde med hjälp av terapi komma över en förtryckande och våldsam barndom eller relation. (Hänninen& Koski-Jännes, 1999)

Koski-Jännes (2002) studie fokuserar på de långsiktiga förändringar av identiteten som personer gör efter att de kommit ut ur ett beroende. Att avsluta ett beroende kan kräva stora förändringar i det sociala livet samt ens egna värderingar, kunskap och förmågan att hantera vardagliga situationer. Informanterna bestod av 76 stycken personer som lyckats komma ur ett beroende och upprätthålla förändringen i minst tre år. Resultatet var att den största förändringen var att lyckas skapa en ärlig och respekterad identitet av sin omgivning och att bli av med stämpeln man fått, även att kunna anpassa sig till de värderingar det ”vanliga” samhället har. Tankar som att man är sämre än andra och att man står i skuld till andra på grund av sitt tidigare beroende fanns också hos informanterna. (Koski-Jännes, 2002)

I McIntosh och McKeganey (2001) studie var syftet att samla in detaljerad information av droganvändare om hur de upplevde vägen ur sitt missbruk. De intervjuade 70 återhämtade drogmissbrukare för att få fram de mest betydande faktorerna i processen. Resultatet var att de flesta som blivit beroende kommer att komma till en vändpunkt där de kritiskt börjar granska vad de har blivit, inte gillar vad de ser och viljan att förändras växer. Det fanns två huvudsakliga faktorer hos informanterna som gjorde att de bestämde sig för att förändras: motivationen att sluta för att kunna bygga upp sin förstörda identitet igen och hoppet om en bättre framtid än den nuvarande. (McIntosh, & McKeganey, 2001)

I Madsen Gubi & Marsden-Hughes (2013) studie är syftet att undersöka hur tiden för personer som under långsiktigt tillfrisknande från beroende upplevdes. Man ville få fram hur individerna själva såg på tillfrisknandet och fastställa vilken process de har genomgått för att komma ur alkoholberoendet. De intervjuade var en grupp på åtta svårt alkoholberoende personer. Kriterierna var att alla skulle uppfylla kategorierna i DSM-V och ICD 1D, som är en skala på hur man diagnostiserar beroendet. De skulle också gått i AA-möten länge. Denna forskning avslöjar tre olika faser i den långsiktiga processen i tillfrisknandet. Dessa är att man är nykter, upprätthåller nykterheten och återhämtning. I studien framkommer också att man föreslår att man skall försöka undvika kortvariga och tidsbegränsande modeller till tillfrisknande och istället använda sig av ständigt pågående och hållbara modeller, kombinerat med stöd från samhället. Man kom också fram till att personer med beroende behöver få höra om andras berättelser om deras framgång i tillfrisknandet, samt empati och positiv feedback. (Madsen & Marsden-Hughes, 2013)

I en studie av Nordfærn, Rundmo & Holes (2010) undersökte man patienter med substansberoende och hur de uppfattar deras behandling. Syftet med studien var att undersöka positiva och negativa uppfattningar av behandlingen och tillfrisknandet ur dessa patienters synvinkel. Man använde sig av semistrukturerade intervjuer där sju patienter som fullbordat sin behandling och sex personer som hoppat av sin behandling för tidigt, deltog. Undersökningen gjordes i Norge. Resultatet visade att relationen med personalen och andra patienter var viktig för att få en god upplevelse av behandlingen. Om patienterna hade liknande inflytande på vården gjorde också att upplevelserna av behandlingen blev bättre. Det som var viktigast för tillfrisknandet var att det psykosociala fungerade. (Nordfjaern, Rundmo & Hole, 2010)

I Al-Kandari, Khawlah & Omus (2007) studie undersökte man personer med beroende som var under behandling vid Psychological Medicine Hospital i Kuwait. Syftet med studien var att få mera kunskap genom att undersöka drogrelaterade vanor för personer med arabisk kultur samt beskriva hur drogberoendet påverkar deras biologiska, sociala och mentala hälsa, familjerelationer och jobbpresentationer. Resultatet visade att beroendet påverkade den biologiska, mentala, sociala hälsan samt beteendet och vilket yrke de hade. Man fann även samband mellan drogberoende och familjer som splittrats. (Al-Kandari, Khawlah & Omu, 2007)

Eftersom ordet ”recovery” är svårt att definiera, så ville man i Senker & Greens (2016) studie ta reda på vad ordet betyder ur substansmissbrukares synvinkel. Man använde sig av

semistrukturerade intervjuer. Kriterierna för dem som skulle intervjuas var att de inte hade använt droger på minst tre månader. Resultatet visade att personer som haft beroende anser att tillfrisknandet är en process som aldrig tar slut. Den är långsam och krävande. Många av dem kunde acceptera att det är tidskrävande och att återfall sker, medan andra inte var redo för detta. Vissa ansåg att meditation och mental styrka krävdes för att ta sig igenom processen. (Senker & Green, 2016)

I Choates (2015) studie var syftet att se från föräldrarnas perspektiv hur det är att leva med ett tonårsbarn som lider av ett beroende. Denna artikel är en kvalitativ studie som undersöker familjens liv och hur föräldrarna i familjen hanterar problem som uppstår då ett tonårsbarn blivit beroende av droger. I undersökningen blev 31 stycken vårdnadshavare till 21 stycken ungdomar intervjuade, vilket resulterade i 8 stycken viktiga teman: att utreda beroendeproblemet, erfarenheter då problemet eskalerat, söka efter andra förklaringar än substansberoende, anslutning till föräldrarnas egen historia, försöka att klara av problemet, utmaningar att få hjälp, hur det påverkar syskon och att välja långsiktig rehabilitering. I resultatet av studien framkom det att några av föräldrarna inte visste hur de skulle hantera substansberoendet hos tonåringarna. Vissa trodde först att det berodde på andra problem att deras tonåringar plötsligt förändrades. De kunde till en början till exempel skylla på att skilsmässa mellan föräldrarna gjort att barnet börjat bete sig annorlunda, innan de förstod att det handlade om ett beroende. Några av föräldrarna hade försökt med interventioner och vissa hade konfronterat sina barn då de märkt att barnet börjat bli beroende. Då föräldrarna bad om professionell hjälp fick de oftast svaret att barnet led av någon slags mental sjukdom, men beroendeproblemet var det svårare att få hjälp för. (Choates, 2015)

I Storbritannien har en studie där man undersöker återhämtningen och rehabiliteringen från ett drogberoende gjorts. Personer med ett narkotikaberoende drabbas oftast av en "förstörd" identitet. Neale, Nettleton & Pickering (2011) har som syfte i sin studie att undersöka hur personer med narkotikaberoende återhämtar sig och återställer sin "förstörda" identitet. I studien refererar de till sociologen Goffmans klassiska teori Stigma: den avvikandes roll och identitet. I sin teori skriver han om en stämpel som de "normala" sätter på fysiskt, psykiskt och socialt avvikande personer. Forskarnas syfte var att få en fördjupad förståelse i återhämtningsprocessen och hade då valt att använda sig av Goffmans teori. I studien framkom det hur personer med drogberoende måste kunna ändra sin bild av sig själv för att kunna återhämta sig från sitt beroende. För att återhämtningen ska ge goda resultat är det viktigt att konstruera en ny identitet och ny livsstil. (Neale, Nettleton & Pickering, 2011)

För en alkoholberoende kan det vara mindre stigmatiserande att söka hjälp i primär- och företagshälsovården än att söka hjälp via specialistvården. Wåhlin & Andréasson (2015) förklarar i sin artikel om hur behandling av alkoholberoende med hjälp av 15-stegsmodellen kan ge goda resultat. Man har kommit på en så kallad 15-stegsmetod som ett stöd för att hantera alkohol- och beroendeproblem. Denna metod används inom företagshälsovården och inom primärvården. Alla ingående delar i metoden har ett starkt forskningsstöd och hög evidens. Metoden har fått sitt namn från att mötena med personerna oftast tar 15 minuter, samt att de har fått 15 poäng eller mera på AUDIT-formuläret (alcohol use disorders identification test). Denna modell visar hur man kan behandla alkoholproblem på ett strukturerat sätt. Denna metod består av tre steg: att uppmärksamma problematik och att ge korta råd, att göra en fördjupad utredning och ge råd, behandling. Denna metod kan användas i team som samtalsbehandlingar eller så kan en enskild läkare tillämpa metoden själv. Det gör det lättare att komma igång med behandlingen om man har en färdig struktur vilket denna modell erbjuder. Det gör det också lättare att öka chanserna till framgång. De som vill förändra sitt drickande eller bli helt nyktra behöver mycket stöd. Därför är det bra att man tre till sex månader efter avslutad behandling bokar tid för ett återbesök för att kunna tala med sin läkare och diskutera hur det har gått. Det är viktigt att uppmuntra patienten till att ta kontakt om det uppstår några problem eller om denne behöver hjälp. (Wåhlin & Andréasson 2015)

Sammanfattningsvis visar dessa studier att vägen ur ett beroende är en lång process. De flesta med beroende upplevde att viljan att förändras kom när de nådde botten, vilket kan benämnas som vändpunkten. Forskningen visar också att en person med beroende är rädd för att hamna utanför samhället och få en stämpel. När personerna upplevde att de var accepterade i samhället, hittade kärleken eller hittade andra personer med samma problem, upplevdes tillfrisknandet som lättare.

6 Genomförande av undersökningen

I detta kapitel beskriver respondenterna hur de valt informanterna, hur de samlat in data samt hur de analyserat materialet. Som datainsamlingsmetod används narrativ metod och som dataanalysmetod används innehållsanalys.

När man skall välja vilken metod man vill använda i sin forskning, bör man veta hurudan forskning man skall göra. Metoden man väljer kommer sedan att bestämma riktlinjen hur arbetet kommer genomföras. Det är viktigt att man funderar på metodens för- och nackdelar och vilken som skulle lämpa sig bäst för just den studie man tänker göra, för att få bästa möjliga resultat. (Denscombe, 2016, s. 234)

Detta examensarbete är en kvalitativ studie, eftersom man använder sig av ord som analysenhet och undersöker en mindre grupp (Denscombe, 2016, s. 244). Man kan även använda kvalitativ metod när man använt sig av öppna frågor. (Denscombe, 2016, s. 283)

6.1 Val av informanter

Respondenterna hittade informanterna genom att kontakta verksamhetsledaren vid Pixneklíniken i Malax. Respondenterna berättade om sin studie och att de kommer att ha frågeformulär (bilaga 1) som personer med beroende får svara på. Allt skulle ske anonymt och personerna som svarade på frågorna skulle inte ha någon direkt kontakt med respondenterna. De kom överens om att de kunde skicka frågeformulären till verksamhetsledaren vid Pixneklíniken och dessa skulle delas ut till personer med beroende som var intresserad av att besvara på frågorna.

6.2 Datainsamlingsmetod

”Ett narrativ hänvisar till en berättelse”. För att räknas som ett narrativ måste berättelsen ha vissa egenskaper. Dessa är: berättelsen måste ha ett specifikt syfte, alltså att berättelsen leder någonvart. Berättelsen skall sammanlänka det förflutna med nutid – det kan kopplas till det nuvarande läget. Det måste också involvera människor. Med detta menas att berättelsen måste hänvisa till känslor eller mänskliga inslag (Denscombe, 2016, s. 402). Syftet med en narrativ analys är att via berättelser, händelser och erfarenheter försöka att förstå och tolka hur dessa skapar mening i informanternas liv. (Johansson, 1999)

Efter att respondenterna kontaktat verksamhetsledaren vid Pixneklíniken började de formulera frågorna. Frågorna blev sammanlagt sju stycken (bilaga 1). Respondenterna sände ett exemplar av frågorna via mejl till verksamhetsledaren, som delade ut dem till de personer som valt att svara på frågorna. I exemplet hade respondenterna även bifogat information

till personerna om vad frågorna skulle användas till, att det är frivilligt att svara på frågorna och att de själva får bestämma vad de vill berätta samt att de får vara anonyma. Efteråt lade de sina svar och frågor i ett kuvert och gav det till verksamhetsledaren, som kontaktade respondenterna när allt var klart. Sammanlagt svarade sex stycken personer på frågorna.

6.3 Dataanalysmetod

Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera och tolka texter. När man använder sig av denna metod har man möjlighet att finna många dolda budskap i texten. Enligt Denscombe kan man genomföra en innehållsanalys genom att använda sig av denna procedur: Man börjar med att välja ett textavsnitt som man anser är lämpligt. Sedan skall man bryta ner texten i mindre enheter som ord, meningar eller hela stycken. Efter det skall man utarbeta relevanta kategorier för analysen av data (Denscombe, 2016). Man ger sedan de olika kategorierna ett namn och analyserar hur de olika kategorierna förhåller sig till varandra (Gunnarsson, 2007).

När respondenterna analyserat har de läst igenom texten noga flera gånger och streckat under citat och begrepp som hör ihop. Efteråt har de brutit upp texten i mindre delar och bildat olika kategorier. Dessa blev indelade i huvud- och underkategorier.

6.4 Etiska överväganden

När man gör en forskning bör man ta i beaktande de olika forskningsetiska principerna. För att få en forskning med så hög kvalité som möjligt bör man komma ihåg de olika kraven som finns för att uppnå detta.

När man använder sig av olika källor i sin forskning skall man gå igenom dessa och kontrollera att de är tillförlitliga och följer de kriterier för vetenskapliga artiklar och böcker. Man skall också ta hänsyn och hänvisa till andras forskning på korrekt sätt och undvika plagiat. Om man använder sig av informanter ska dessa vara väl informerade om vad informationen och materialet är till för, alltså syftet med studien. Dessa skall också vara väl medvetna om att deltagandet är frivilligt och att materialet kommer att förstöras efteråt. De ska också informeras om att informationen de ger kommer att bevaras anonymt och att ingen annan kommer att få ta del av materialet. Om det behövs något tillstånd i studien, t.ex. om

man vänder sig till en förening, bör tillståndet sökas i tid. (Forskningsetiska delegationen, 2013)

Respondenterna har gjort arbetet med omsorg och noggrannhet och gått igenom källorna så att de är tillförlitliga. Respondenterna har tagit hänsyn till andras forskning och inte plagierat deras arbete och hänvisat till deras arbete på korrekt sätt. Eftersom man använt sig av frågeformulär i studien har alla informanterna fått vara helt anonyma. Respondenterna har format frågorna så att informanterna inte ska känna sig kränkta eller förödmjukade. Respondenterna har förklarat åt informanterna vad syftet med studien är och vad svaren kommer användas till. Informanterna har också fått veta att det är frivilligt att delta och svara på frågorna. Efter att respondenterna analyserat resultatet förstördes allt material.

7. Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet av frågeformulären som analyserats med hjälp av innehållsanalys.

Respondenterna började med att ställa några frågor om bakgrunden, så som ålder, kön, utbildning, hurudant beroende det rör sig om och hur beroendet tog fart. Detta gjordes för att öka förståelsen för personens beroende och orsaken till det. Efteråt ställdes frågor som fokuserades mer på vägen ur beroendet, så som orsaken till sökandet av vård, hur vården upplevdes samt hur livet ser ut idag. Sammanlagt svarade sex stycken informanter och de flesta var män. Resultatet blev två huvudkategorier. Den första huvudkategorin är bakgrund och uppkomsten till beroendet. Den andra huvudkategorin är vägen ur beroendet och upplevelser av vården.

7.1 Bakgrund och uppkomsten av beroende

Under huvudkategorin bakgrund och uppkomsten till beroende kom två underkategorier fram. Dessa är bakgrunden till beroendet och uppkomsten av beroendet. Underkategorierna är skrivna med fet stil.

Bakgrunden till beroendet

De flesta av informanterna var män, med låg utbildning. En av informanterna berättade att denne växt upp i ett hem där familjen var missbrukare av bland annat alkohol och droger. Informanten berättade att dennes egna missbruk tog fart efter att fadern dog. Detta ledde till ett destruktivt alkohol- och drogberoende.

Det framkom även i svaren att de flesta hade det dåligt ställt ekonomiskt under uppväxten och senare i livet. Några av informanterna växte upp i kulturer eller deltog i sammanhang där det ansågs normalt för barn i ung ålder att dricka alkohol. Att börja röka vid låg ålder framkom också som vanligt i informanternas svar.

”Jag är uppvuxen i en familj med missbruk, min farfar, farmor och min egen pappa var alkoholister och tablettmissbrukare, och mitt eget missbruk fick start i 18-års åldern, efter att min pappa dog. Då började jag dricka kraftigare och använda tabletter (benzo) och droger (amfetamin) och kom snabbt in i destruktivt drickande och drogande.”

”..och där hörde det till i kretsarna att barn också skulle dricka vin som var utspädd till hälften med vatten. Jag var då 11 år. Jag började då redan shotta av min fars viner..”

”Och redan som 11-åring drog jag mitt första halsbloss på Marlboro. Och känslan jag fick var underbar”

De flesta av våra informanter hade problem i familjeförhållanden. Några problem kunde vara att en av föräldrarna led av psykiska sjukdomar eller att de använde sig av droger eller alkohol. En av informanterna berättade att mamman led av psykisk ohälsa och att informanten blev tvungen att ta hand om sina syskon i ung ålder. Informanten upplevde också det som att ingen tog hand om honom och att ingen kunde lära honom saker som han behövde kunna. Det framkom i ett annat av informanternas svar att dennes mor också var psykiskt sjuk och att modern hade försökt ta livet av sig. Informanten, som då var underårig,

hittade mamman och detta satte djupa spår. Mobbning framkom också som en gällande orsak varför personen börjat med alkohol. Efter att ha blivit mobbad i skolan en längre tid, förändrades informanten och började förstöra saker och bete sig olydigt. Detta ledde till att informanten blev slagen av sin far. Både mobbningen och misshandeln ledde till att informanten provade på alkohol och beskrev att det var en underbar känsla. Alkoholmängderna ökade och till slut ledde detta till självmordsförsök.

”Jag kommer från en familj med psykisk ohälsa.. Min mamma hade psykisk ohälsa och hade ofta psykos därhemma när min far var på jobb... Min far var alltid på dåligt humör å arg. De va ingen som såg efter mej, lärde mej o.s.v.”

”Min mor försökte som 21-åring ta sitt liv och det var p.g.a. att hon inte orkade med oss alla fyra barnen.. Pappa var på den tiden polis och förvarade sin tjänstepistol hemma, och det visste mamma, och hon visste också var han hade den. En natt, då min pappa var i tjänst, tog hon vapnet och sköt sig i magen. Vi barn låg och sov och jag hittade min mamma i sovrummet blödande och jämrande...det satte också spår i mig och jag tyckte jag var ensamast i världen.”

”Jag blev mobbad i skolan för en massa olika saker t.ex. att jag alltid luktade tobaksrök, mina föräldrar o.s.v....Som 9-10 åring fick jag nog av mobbningen och började förstöra saker, blev vild, olydig. Som jag sen fick stryk av min far. Som 13-14 åring drack första gången alkohol och blev kär i den och minns än idag att jag tänkte då att det här är min grej.”

”En enda gång har jag fått med remmen, och det var av mor. Vill ännu säga att prygeln pågick hela natten, och i dessa dagar hade det varit straffbart”

”Efter första fyllan så ökade mitt drickande. Jag var 14-15 år så drack jag varje fredag. Sen 16-åring varje fredag och lördag. Som 17-åring onsdag, fredag och lördag drack jag och då kom oxå drogerna första gången in i bilden. Som 18-åring så led mitt skolgång en hel del så det var ingen skillnad vilken dag i veckan de var så drack jag. Som 19åring försökte jag ta livet av mig”

Uppkomsten av beroendet

Enligt de flesta informanterna började beroendet med alkoholanvändning i tonåren. Alkoholmängden blev snabbt större och tillfällena allt fler tills det utvecklats till ett beroende. För en del utvecklades det till tablett- eller drogmissbruk. Dåligt umgänge och inga regler kring alkoholanvändning under uppväxten kommer också fram hos många av informanterna som en faktor till att utveckla någon form av beroende. En av informanterna fick sitt tablettmissbruk när denne sökte vård för sina psykiska problem och blev beroende av medicinerna han fick medan en annan redan som ung hade alkohol- och spelberoende som utvecklades till ett tablettberoende. Traumatiska upplevelser kom också fram som en orsak, då en av informanterna började dricka efter att båda barnen dött i olyckor.

”Det starkaste minnet är ändå depression och ångest och panikångest, sökte hjälp för det när pappa dog, och i samband med det fick jag tabletter, som blev starten på ett nästan 20 årigt tablettmissbruk.”

”Det började i idrottskretsar i början på 1970-talet. Det dracks mycket där den tiden.”

”Blev fast av föräldrarna efter första fyllan. Men ändå dom sa var att dom tycker att jag inte skall dricka så mycket när jag var så ung.”

”Efter hans död, kom mina egna problem med alkoholen. Ensamheten gjorde säkert att jag började med spriten.”

7.2 Vägen ur beroendet och upplevelser av vården

Under huvudkategorin vägen ur beroendet och upplevelser av vården kom tre underkategorier fram. Dessa är orsaken till vård, återfall och motgångar samt upplevelser av vården. Underkategorierna är markerade med fet stil.

Orsaken till vård

Att man väljer att söka vård för sitt beroende beror ofta på förändrade livsförhållanden eller att man nått botten och inte ser någon annan utväg. För många krävs det flera återfall innan man kommer till insikten att man inte har något annat val än att ta sig ur beroendet. Enligt vissa informanter var det tröttheten, den dåliga hälsan och konsekvenserna som beroendet medförde som gjorde att de bestämde sig att söka vård. Upprepade psykoser och alkoholdelirium nämnde någon som en orsak till att de tröttnade på missbrukarlivet. Hjälp

och stöd från anhöriga hjälpte någon att inse att han behövde söka vård för sitt beroende, eftersom han inte insett själv vilket problem han hade. Förändrade livsförhållanden, t.ex. att ett barn kommer in i bilden, var orsaken till att en av informanterna kom till insikten att hon inte kunde fortsätta i samma takt längre.

”Jag har vetat om att jag behöver hjälp i över 10 år men tröskeln att söka är hög, samtidigt är det svårt att få den hjälp man behöver för en alkis vill ingen höra eller ha att göra med.”

”År 2012 kom jag pånytt till Pixnekliniken i samband med en operation, då jag insåg att måttet var rågat. Jag var helt slutkörd och insåg att jag behövde hjälp.”

”Har varit tio gånger intagen på Pixnekliniken. Första gången för att över huvudtaget överleva. [...] Två gånger för säkerhetsskull, medan jag väntade min dotter.”

”Vändningen kom, när en arbetskamrat tog tag i mej, att detta inte kunde fortsätta utan måste söka vård. Nu när körkortet var borta, kunde jag inte fortsätta med mitt arbete.”

”Jag tyckte att amfetamin passade mej bäst. För jag blev lugn och kunde tänka klart och fick energi för att orka med dagen och det pågick i 6-8 månader tills jag fick en psykos och det började komma in en massa konsekvenser och jag insåg att jag behövde vård igen. [...] Fick en massa utrett på ett år att jag har ADHD och får rätta medicineringen idag och mår bra. Bor för mig själv idag och trivs med vem jag är.”

Återfall och motgångar

Återfall och motgångar för en person med en beroendesjukdom är ett naturligt led i förändringsprocessen. Man kan säga att återfall kan ses som en möjlighet för personen att utveckla nya färdigheter och förstå sitt eget beroende. De flesta av våra informanter nämnde att de fallit tillbaka i sina gamla liv med alkohol- och drogberoenden. Återfallsprevention är en viktig beståndsdel som borde ingå som en del av hela förändringsprocessen. Många faktorer kan leda till ett återfall som till exempel negativa känslotillstånd, sociala omständigheter, negativa relationer i familjen, bristande förmåga att klara av vardagen och många andra motgångar som man stöter på under sitt tillfrisknande.

”Så föll jag igen i missbruket och varje gång jag har fallit i missbruket så blir det ett steg värre och går ännu hårdare..”

”Hela min resa har varit en process som har växt fram från de diken jag trillat i..”

”Alla känslor var svåra att möta, ”som att bli född pånytt” och lära sig grundläggande saker i ett normalt liv”

”Jag flyttade sen till halvvägshemmet och fick lära mig ett nytt sätt att leva, utan alkohol och tabletter..”

”Har varit tio gånger intagen på Pixnekliniken”

”År 2003 drabbades jag av en psykos/fylledelirium och for i samband med det till Pixnekliniken igen”

”Tog dessvärre återfall på halvvägshemmet och fortsatte därefter också i samma takt”

”Efter ett 20årigt missbruk har man en tuff väg att gå för att tillfriskna, och det tar lång tid!”

Upplevelser av vården

De flesta av våra informanter hade skrivit i sina berättelser att de upplevt vården som bra, att de är väldigt tacksamma över den hjälp de fått under tiden de kämpat sig ur sina beroenden. De fanns också några som hade svårt att ta in hjälpen som de fick i början av sin vård, eftersom de själva ännu inte velat inse hur svårt beroende de varit. Informanterna beskriver att det varit långa processer och att de trillat i många diken under sina vårdtider, att de åkt in och ut på olika ställen som till exempel Pixnekliniken, U.S.M (understödsföreningen för svenskspråkig missbrukarvård), sjukhus och stödboenden. Enligt informanterna så är det en lång och tuff väg att gå för att tillfriskna, och flera av dem går regelbundet på möten. En av informanterna upplevde att denne inte fått någon hjälp i tidigare hemkommunen. Informanten ansåg att denne inte blev tagen på allvar även om det fanns tydliga tecken på ett beroende.

”Den kommunen jag har bott i vet ingenting om alkoholberoende eller hur viktig eftervården är”

”Bästa hjälpen har jag fått via A-kliniken och sjukhuset”

”Arbetsplatshälsovården gjorde ingenting fast jag sade om problemen och de såg provsvaren”

” Jag trivs så bra med mitt nya liv, att jag inte skulle byta detta mot det som varit”

” Tycker mig nu lärt mig hur ett ärligt och vanligt ”svensson-liv” fungerar och skall vara”

”...funderar jag på något kan jag som kan störa min nykterhet, tar jag en promenad till min sponsor. Där vi sedan kan reda ut saken.”

”Jag är så glad över att jag har fått nåden att vara nykter.”

8 Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att tolka resultatet utgående från den teoretiska utgångspunkten, den teoretiska bakgrunden samt tidigare forskning.

8.1 Tolkning av resultatet mot teoretisk utgångspunkt

I resultatet framkom det att en stor del av informanterna drabbades av återfall under sin behandlingstid, vilket resulterade i att de föll tillbaka i gamla vanor. Det framkom också att för varje återfall blev beroendet värre. I Proschaska och DiClementes modell (1986) om förändringsprocessen beskriver de att återfall är en vanlig del av förändringsprocessen. Det betyder inte nödvändigtvis att individen inte kan se nackdelarna med sitt beroende, men kanske fortfarande överväger fördelarna och försvarar sitt beteende. Detta kan bero på att man kanske inte känner sig redo ännu och inte vet hur man ska klara av svårigheterna som förändringen innebär.

I informanternas svar framkom det att de blivit utsatta för psykiskt och fysiskt våld, mobbning, vanvård och traumatiska upplevelser. Tröskeln för att söka vård har varit hög på grund av skammen och känslan av att ingen vill ha något att göra med dem. Detta kan kopplas ihop med Wiklund Gustins (2010) teori om värdighet och skam. De upplevelser som

informerarna varit med om kan ha kränkt deras värdighet och skammen har utvecklats till psykisk ohälsa.

I resultatet framkommer det att de flesta av informanterna upplevde vården som positiv och att den hjälpte dem att komma på fötter igen. Många nämnde att de är nöjda med tillvaron de har idag. Wiklund Gustin (2010) nämner att man bör försonas med sin skam och våga möta sitt lidande, vilket man kan anse att informanterna gjort.

8.2 Tolkning av resultatet mot teoretisk bakgrund

I resultatet framkom att några av informanterna växt upp i familjer där föräldrarna varit missbrukare. I teoretisk bakgrund, under rubriken riskfaktorer tas det upp vilka olika faktorer som kan påverka utvecklingen av beroende. En riskfaktor är arv och miljö. Har någon eller båda föräldrarna varit missbrukare eller beroende, har barnet större benägenhet att också utveckla ett beroende (Heilig & Håkansson, 2015).

Det kom fram i resultatet att informanterna haft föräldrar som lidit av psykisk ohälsa och att de fått ta hand om föräldern. Detta har belastat personen och i slutändan lett till ett beroende. Enligt Isaksson (2010) är en riskfaktor problem i familjeförhållanden. Detta kan vara om någon av föräldrarna lider av psykisk ohälsa. Många av informanterna hade varit med om traumatiska upplevelser som t.ex. dödsfall. Även mobbning och övergrepp hade informanterna varit med om i barndomen. De flesta av informanterna berättade också att det varit ont om pengar under uppväxten, oftast på grund av att någon av föräldrarna varit sjuk eller arbetslös. Isaksson (2010) nämner också att andra riskfaktorer kan vara övergrepp, trauman, och låga inkomster. Alla dessa faktorer kom fram i resultatet.

En av informanterna sade att denne inte sökt vård för att ingen vill ha något att göra med en alkoholist och denne var rädd för att ingen skulle lyssna på honom. Enligt Aho, Salaspuro och Savolainen (2006) har personer med drogproblem svårt att söka hjälp för sitt beroende, vilket kan bero på att droger är olagligt och på att man tror att man blir ”dömd” av andra. Någon av informanterna nämnde upprepade psykoser och delirium som en orsak till att söka vård, en annan blev tvungen att söka vård p.g.a. en sjukdom som antagligen orsakades av missbruket. Om en person med missbruksproblem söker vård kan det ofta också bero på konsekvenserna beroendet medför, som t.ex. sjukdomar, olyckor och abstinensbesvär (Aho, Salaspuro och Savolainen 2006).

För en av våra informanter började beroendet när dennes båda barn dött i olyckor och sorgen efter detta gjorde att han började missbruka alkohol. Depression, ångest och panikångest nämns av informanterna som en orsak till missbruket. För en av informanterna började beroendet p.g.a. medicineringen han fick för sina psykiska problem. Missbruksproblem och psykisk ohälsa har ofta ett samband. Psykiska problem är en bidragande faktor för att utveckla ett beroende eftersom rusmedel får en att må bra för en stund och det är ett sätt att självmedicinera sig. (Aho, Salaspuro & Savolainen, 2006)

En annan informant berättade att han, genom att få hjälp och rätt medicinering för sin ADHD, också kunde få bukt med sitt drogproblem. Aho, Salaspuro och Savolainen (2006) nämner också att det är viktigt att personer med missbruksproblem får rätt behandling och medicinering för personens individuella behov och symtom.

8.3 Tolkning av resultatet mot tidigare forskningar

I studien framkom det att de flesta av informanterna kommit till en vändpunkt där de kritiskt börjat granska hur deras liv såg ut. De beskrev också i sina berättelser att vändpunkten kommit då det skett förändringar i livsförhållandena, vilket speglar resultatet av McIntosh och McKeganys studie. Förändringarna som beskrevs var till exempel att det kommit in ett barn i bilden och att det uppstått allvarliga konsekvenser som de inte kunnat hantera. En av informanterna sade att vändpunkten kommit efter att denne hamnat i psykos på grund av sitt amfetaminberoende och då insåg att hjälp behövdes. Detta framkommer i resultatet i studien av McIntosh och McKegany (2001).

Informanterna förklarade att det är en lång och tuff väg att ta sig ur ett beroende och att de med jämna mellanrum ännu idag går på möten där de kan diskutera och reda ut saker som kan störa deras nykterhet. En av informanterna sade att som nykter alkoholist finns det inte rum för att ha ouppklarade saker i livet. Detta stöds av Senker och Greens studie där det framkommer att personer som kämpat med ett beroende anser att processen till att tillfriskna är långsam och krävande och aldrig tar slut. (Senker & Green, , 2016).

En av informanterna beskrev att efter att denne fått rätt diagnos och rätt medicinering så kunde återhämtningsprocessen börja och en livsstilsförändring kunde ske. Efter att man konstruerat en ny identitet och ändrat på sin livsstil så är det lättare att ta åt sig hjälp och börja bota sitt beroende. Neale, Nettleton och Pickering (2011) nämner att man måste ändra

sin självbild för att återhämta sig från ett drogberoende och för ett bra resultat behöver man en ny livsstil.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel har Larssons (1994) kriterier i kritisk granskning av en kvalitativ studie valts av respondenterna för att kritiskt granska sitt examensarbete. Kriterierna som respondenterna valde från Larsson (1994) är perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde. Även validiteten granskas enligt Eljertsson (2014) och Patel & Davidson (2011).

9.1 Perspektivmedvetenhet

Med perspektivmedvetenhet menas det att man har förförståelse för arbetet man skall tolka, vilket betyder att man avgränsar temat och använder sig enbart av relevant material. Man bör kunna skilja på väsentligt och oväsentligt material och lämna bort sådant som är utanför ämnet. (Larsson, 1994, s. 165–166)

Respondenterna anser att de har lyckats bra med att skilja på relevant och irrelevant material. I början av arbetet var det svårt att hålla sig till syftet och det var lätt hamna utanför ämnet. I efterhand har respondenterna klarat av att hålla sig inom gränserna och tagit bort sådant som inte var väsentligt för studien.

9.2 Intern logik

Med intern logik menas att det måste finnas en balans mellan forskningsfrågor, datainsamling och dataanalysteknik. Alla enskilda delar i studien ska bilda en helhet och det som styr datainsamlingen och analysmetoden är frågeställningarna. (Larsson, 1994, s. 168–169)

Respondenterna anser att det finns en helhet i studien och att det fanns en klar röd tråd i början, men efter resultatredovisningen gick respondenterna lite utanför ämnet. Detta beror på att frågorna i frågeformulären (bilaga 1) inte var tillräckligt utvecklade. Respondenterna anser i efterhand att vissa frågor eventuellt var onödiga, vilket gjorde att informanterna

fokuserade mera på de frågor som kanske inte var så relevanta för ämnet. Respondenterna använde sig inte av en pilotstudie, vilket nu i efterhand kanske skulle varit till hjälp. Svaren ansågs ändå vara av betydelse så respondenterna valde att ta med dem i resultatet ändå. Syftet och frågeställningarna ändrades i slutet av studien på grund av detta. Man skulle eventuellt ha kunnat använda sig av intervju för att ha chans till att ställa följdfrågor, men eftersom ämnet är känsligt valdes frågeformulär så att informanterna skulle få vara anonyma.

Tidigare forskning inom ämnet var relativt svårt att hitta, speciellt inhemska och nyare forskning. Respondenterna valde att ta med både äldre forskningar och forskningar från andra länder för att de ansåg att det var relevant.

9.3 Etiskt värde

När man gör en vetenskaplig studie är det viktigt att man uppvisar god etik. Med detta menas att man skyddar deltagarna, platser och institutioner i undersökningen. Man bör tänka på att inte bilda egna uppfattningar av resultaten, omtolka eller dölja sina syften. (Larsson, 1994, s. 171)

Respondenterna anser att de har varit noga med att ta etiken i beaktande. Allt material som informanterna gett har blivit förstört efter att det analyserats i resultatredovisningen. Anonymiteten har bevarats och integriteten har behandlats med respekt. Respondenterna hade ingen direkt kontakt med informanterna så på detta vis har informanterna fått vara helt anonyma. Dock har respondenterna nämnt verksamheten i datainsamlingsmetoden och resultatet, eftersom verksamheten gett sitt godkännande och ville bli nämnda i studien. I frågeformuläret (bilaga 1) anser respondenterna att de skulle kunnat förklara mera utförligt hur informanternas svar kommer att bearbetas.

9.4 Validitet

Validitet innebär att man mäter det man hade som avsikt att mäta. Man bör ställa sådana frågor i frågeformuläret på ett sådant sätt att de inte misstolkas och mäter det man tänkt mäta. Man ska vara så tydlig som möjligt i frågorna att informanterna verkligen svarar på det man hade som frågeställningar. (Eljertsson, 2011, s. 108–109)

Validiteten i kvalitativ studie omfattar hela studiens forskningsprocess. Man strävar efter en så hög validitet som möjligt genom hela forskningsprocessen, men varje forskningsprocess är unik och det finns inga särskilda regler för hur man kan säkerställa en så hög validitet som möjligt i en kvalitativ studie. För att uppnå hög kvalitet i en kvalitativ studie bör man dock noga beskriva forskningsprocessen genom hur forskningen uppkommit, den tidigare teoretiska kunskapen, hur informanterna valts ut, hur informationen samlats in, hur analysen gått till och hur studien redovisas. (Patel & Davidson, 2011, s.105-109)

Respondenterna anser att det i början var svårt att få fram i ord hur man gått till väga med forskningsprocessen. De anser att de har förklarat det väsentliga men att de eventuellt hade kunnat vidareutveckla förklaringarna en aning. Hur informanterna valts ut och hur man samlat in data från informanterna tycker dock respondenterna har förklarats tydligt.

10 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att undersöka hur personer som lider av beroende upplever vägen ur beroendet men även hur beroendet kan uppstå. I studien ville respondenterna få fram vad som kan ha varit orsaken till beroendet samt hur personerna kom till vändpunkten att ta sig ur sitt beroende och hur de upplevde vården och känslorna kring detta.

I studien valde respondenterna att använda sig av frågeformulär, eftersom respondenterna ansåg att det antagligen skulle vara lättare för informanterna att svara så ärligt som möjligt på frågorna då de fick vara anonyma. I efterhand skulle respondenterna kunnat utveckla sina frågor lite bättre och förklarat mera utförligt vad studien mest fokuserar sig på, vilket i detta fall skulle vara vägen ur beroendet. Respondenterna anser att de borde ha omformulerat frågorna och satt mera fokus på vägen ur beroendet, i stället för bakgrunden och uppkomsten. Dock valde respondenterna att ta med informanternas bakgrund i resultatet eftersom ämnet är intressant och de anser att det är en viktig del för att man ska kunna förstå beroendeprocessen.

Trots att frågorna borde omformulerats en del och informanterna var få tycker respondenterna att de fick till ett bra och intressant resultat, tack vare informanternas långa

och välformulerade svar. Många av informanterna hade lyckats bra med att sätta ord på sina känslor och upplevelser. Nästan alla informanter var män, vilket förvånade respondenterna eftersom de trodde det skulle vara mera jämnt mellan könen. Dock stöds detta i teoretiska bakgrunden eftersom en av riskfaktorerna för att utveckla ett beroende är manligt kön. I detta fall kan det dock hända att fler män än kvinnor råkade vara intresserade att ställa upp i vår studie.

Respondenterna reagerade också på att tröskeln för att söka vård är så pass hög. De visste nog från tidigare att det kan vara svårt för en person med ett beroende att inse att de behöver hjälp. I informanternas svar kom det fram att få den vård man behöver var svårt, men när de väl fick vård upplevdes den som positiv. En av informanterna nämnde att det är svårt för en "alkis" att bli tagen på allvar och få den vård de behöver, för ingen vill ha något att göra med en "alkis". Detta är något som respondenterna reagerat på inom vården. De har själva varit med om situationer där personer med t.ex. alkoholberoende fått "alkisstämpel" och blivit särbehandlade. Situationer som dessa borde inte ske eftersom det eventuellt kan vara en bidragande faktor till varför det är så svårt att söka hjälp. Respondenterna har under studiens gång funderat över varför t.ex. alkoholister blir särbehandlade och varför det kan vara svårt för allmänheten att förstå att de lider av en sjukdom. Man kanske inte alltid förstår att det finns en bakomliggande orsak till uppkomsten av beroendet, t.ex. traumatiska upplevelser. Borde det finnas mera utbildning inom detta ämne? Man kunde eventuellt forska vidare inom ämnet och försöka få fram vad som är orsaken till att de blir illa bemötta. En annan sak man kunde fortsätta forska om är när dessa personer känner sig kränkta eller dåligt behandlade och i vilka situationer. Finns det några situationer som är värre?

Även om det funnits motgångar i sökandet av rätt vård kom det fram i resultatet att många av informanterna i dagens läge är tacksamma över hjälpen de fått och är nöjda med sitt nya liv.

Respondenterna tycker att det har varit positivt att arbeta i grupp, eftersom man fått bolla idéer och fundera över lösningar tillsammans. De anser att det har varit bra att ha ett gemensamt ansvar över studien och inte behöva lägga allt ansvar på en individ. Det enda negativa med att arbeta tre tillsammans har varit att få tider att passa ihop samt att få en sammanhängande text.

Respondenterna har genom denna studie fått ny kunskap om ett i deras tycke intressant ämne. De hoppas även att studien kommer att intressera andra och att läsarna kommer till nya insikter angående ämnet.

Källor

- Aho, T. Salaspuro, M. & Savolainen, A., 2006. Drogavvänjning. Finska Läkarföreningen Duodecim.[online] <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00054&suositusid=hoi50041> (Hämtat: 08.03.2016)
- Al-Kandari, F.H. Khawlah, Y. & Omu, F.E., 2007. Effect on drug addiction on the biopsychosocial of persons with addiction in Kuwait: Nursing Implications. *Journal of addiction nursing*. 18, s. 31-40
- Bengtsson, K., 2016. *Alkoholberoende*. 1177 Vårdguiden. [online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Alkoholberoende/> (Hämtat: 08.03.2016)
- Berglund, M., Andréasson, S., Bergmark, A., Blomqvist, J., Lindström, L., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A., 2000. *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm. Liber.
- Bergström, H., 1996. *Missbruk, människor och relationer – behandling genom professionella och privata nätverk*. Lund. Studentlitteratur.
- Beroende och missbruk. (u.å.) [online] <http://www.drugsmart.com/fakta/beroende-och-missbruk/> (hämtat: 10.1.2016)
- Denscombe, M., 2016. *Forskningshandboken; För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Eljertsson, G., 2011. *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB
- Forskningsetiska delegationen., 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors
- Franck, J., 2016. *Narkotikaberoende – diagnostik och behandling*. [online] <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2260> (Hämtat: 5.5.2016)
- Gunnarsson, R., 2007. *Innehållsanalys/Kvalitativ deskriptiv metod*. [online] <http://infovoice.se/fou/bok/kvalmet/10000067.shtml> (Hämtat: 29.05.2016)
- Gyllenhammar, C., 2007. *Bryta vanor : kognitiv och beteendeariktad behandling vid missbruk och beroende*. Natur & kultur.

Heilig, M., 2004. *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.

Heilig, M & Håkansson, A., 2015. *Narkotikaberoende*. [online]
http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetillstand/narkotikaberoende.html#t3_3
 (Hämtat: 12.01.2016)

Holopainen, A., 2005. *Läkemedelsmissbruk*. Droglänken. [online]
<http://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-lakemedel-och-ovriga-beroenden/lakemedelsmissbruk> (Hämtat: 10.03.2016)

Hänninen, V. & Koski-Jännes, A., 1999. Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*. 94(12), s. 1837-1848.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen T., 2000. *Päihdehoitotyö*. Tampere: Tammi

Isaksson, S., 2010. *Risikfaktorer för alkohol- och narkotikamissbruk med fokus på familjefaktorer*. Umeå: Examensuppsats. Umeå Universitet. Institutionen för psykologi.

Jaakkola, T., 2009. *Spelberoende*. Droglänken. [online]
<http://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/hasardspel-ovriga-funktionella-beroenden-och-deras-behandling/spelberoende> (Hämtat: 05.03.2016)

Johansson, C. 1999. *Narrativ forskning- biografiskt perspektiv på berättelser*. Linköping: Intuitionen för tema, avdelningen för sociologi. Linköpings universitet, Filosofiska Fakulteten.

Jung, J., 2010. *Alcohol, other drugs and behavior. Psychological research perspectives*. California: Sage.

Koski-Jännes, A., 2002. Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addictive research & theory*. 10(2), s. 183-202.

Kristiansen, A., 2009: Frågan om att knarka eller inte knarka. Ett sociokulturellt perspektiv (The question whether to use drugs or not? A sociocultural perspective). In: Johnsson, E. & Laanemets, L. & Svensson, K. (red): *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur

Käll, K., 2010 *Drogberoende och missbruk* [online] <http://www.netdoktor.se/schizofreni/artiklar/drogberoende-och-missbruk/> (Hämtat: 5.5.2016)

Larsson, S., 1994. *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur

Lindholm, M. (u.å). *Alkoholberoende*. UMO. [online] <http://www.umo.se/Tobak-alkohol-droger/Alkohol/Alkoholberoende/> (hämtat:08.03.2016)

Madsen, P. & Marsden-Hughes.H., 2013. Exploring the process involved in long-term recovery from chronic alcohol addiction within an abstinence-based model: Implications for practise. *British Association for counselling and psychotherapy*. Vol 13, No. 3, s. 201-209.

Mattzon, P., 2007. *Leva med beroende. Om alkohol- och drogmissbruk och hur man tar sig ur det*. Halmstad. Uppsala Publishing House.

McIntosh, J. & McKeganey, N., 2001. Identity and recovery from dependent drug use: the addict's perspective. *Drugs: education, prevention and policy*. 8(1), s. 47-59.

Nestor, L., 2013. *Behandling vid missbruk*. [Online] <http://missbrukare.se/behandling-vid-missbruk/> (Hämtat: 3.5.2016)

Nordfjaern, T. Rundmo, T & Hole, R., 2010. Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. No.17, s. 46-64

Patel, R & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB

Päihdelinkki (u.å.) [online] <http://www.paihdelinkki.fi/sv/sok-hjalp-och-stod/tjanster-missbrukarvard/hur-skots-missbruksproblem> (Hämtat: 3.5.2016)

Rindforth Gillgren, M., 2013. *Spelberoende*. 1177 Vårdguiden. [online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Spelberoende/> (Hämtat 05.03.2016)

Senker, S. & Green, G., 2016. Understanding recovery: the perspective of substance misusing offenders. *Drugs and alcohol today*. Vol. 16. No. 1, s. 16-28

Sternebring, B., 2011. *Alkoholberoende – diagnos, komplikationer och behandling*.

Stockholm: Liber AB.

Tucker, J.A. & Vachinich, R.E. & Gladsjo, J.A., 1994: Environmental Events Surrounding Natural Recovery from Alcohol-Related Problems. *Journal of Studies on Alcohol* 55: 401–410

Von Grieff, N & Skogens, L., 2012. Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling – vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 29(2), s.195-209.

Wiklund Gustin, L., 2010. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Studentlitteratur AB

Wåhlin, S., Andréasson, S., 2015. Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat. *Läkartidningen*, 38

Frågeformulär

Vi är tre sjuksköterskestuderande som studerar tredje året på Yrkeshögskolan Novia. Vi har valt att göra vårt examensarbete om hur personer med beroendeproblematik upplever vägen ur beroendet. Vi kommer att ställa några frågor som du får svara på och du får själv välja om du skriver för hand eller på dator. Du får svara helt fritt och det är du själv som bestämmer vad du vill svara på och vad som du anser är viktigt att nämna. Du kommer att få vara helt anonym och inget av materialet kommer att sparas efter att vi gjort en sammanställning av svaren.

Tack för att du deltar i vår studie!

H/ Jenny, Jennie och Rebecka.

1. Berätta om din bakgrund. (Kön, ålder, utbildning etc)
2. Berätta om uppkomsten till ditt beroende? (Hur blev du beroende)
3. Hurudant beroende hade du? (Berätta om ditt beroende av alkohol, narkotika, tabletter, spel o.s.v. Hur tog det sig uttryck?)
4. Vad fick dig att vilja söka vård? när kom du till den punkten i ditt liv att du insåg att du behövde hjälp för dina problem?
5. Beskriv vården, hur upplevde du att vården var? (Vilken typ av hjälp fick du, ex. Minnesota. Vilka känslor upplevde du under vårdperioden?)
6. Berätta om eventuella motgångar som uppstod under vårdperioden.
7. Hur ser ditt liv ut idag?